

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

- einerseits-

und

die AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland,

der BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,

die Knappschaft, Verw. Stelle Saarbrücken

die IKK Südwest-Direkt,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland- Pfalz und Saarland,

der VdAK e. V. und AEV e. V., vertreten durch die Landesvertretung Saarland

- andererseits –

schließen folgende

Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2007

§ 1 Allgemeines

Die Vertragspartner vereinbaren einheitlich für alle Kassenarten arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen für das Volumen der vom Vertragsarzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V und zur Steuerung des Arznei- und Heilmittelausgabenvolumens für das Jahr 2007. Die Vereinbarungspartner nehmen Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 in der Fassung vom 30.09.2001.

§ 2 Grundsätze für die Bildung von Richtgrößen

1. Die Richtgrößen werden für Arznei-, und Verbandmittel inkl. Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits getrennt nach Gruppen (M und F und R) für die in der Anlage 1 bzw. Anlage 3 zu dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen in der dort genannten Höhe gebildet. Die Vertragspartner stimmen überein, eine Differenzierung nach Altersklassen sobald als möglich einzuführen.

2. Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden kurativ-allgemeine Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3, getrennt nach den Versichertengruppen Mitglieder, Familienangehörige und Rentner herangezogen.

§ 3 Ermittlung der Richtgrößen

A. Arznei- und Verbandmittelrichtgrößen

- Bei der Richtgröße für Arznei-/Verbandmittel wird, ausgehend vom Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel i. H. v. 324.519.501 Euro, vorsorglich ein Abschlag von 5 % für die Praxisbesonderheiten der Empfehlung zu Richtgrößen vorgenommen.
- Dieser Betrag wird um die Zuzahlungen der Versicherten sowie den Rabatt erhöht.
- Nunmehr werden die Kosten für den Sprechstundenbedarf abgesetzt.
- Die angefallenen Verordnungskosten der nach dem AVWG (Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz) benannten 6 Wirkstoffgruppen (Bonus/Malus) werden einer eigenständigen Prüfung zugeführt. Es handelt sich um folgende Wirkstoffgruppen:
 1. Statine
 2. Selektive Betablocker
 3. Alpha-Rezeptorenblocker
 4. Selektive-Serotonin-Rücknahme-Inhibitoren (SSRI)
 5. Bisphosphonate
 6. Triptane-ATC-Code siehe Anlage 5-
- Infolgedessen werden die Verordnungskosten der nach PZNR gelieferten Prüfdaten dieser 6 Wirkstoffgruppen aus dem Jahr 2005 von dem Bruttoausgabenvolumen 2007 abgezogen. Von den hierbei ermittelten

Bruttoausgabenvolumen 2007 bereinigt um die Kosten des Malus, sowie abzüglich der Abschläges von 11,94 % für die Arztgruppen, die nicht in der Richtgrößenvereinbarung enthalten sind, werden sodann die Kostenanteile für die einzelnen Fachgruppen mit Richtgrößen errechnet.

- Das ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen 2007 ohne Malus wird entsprechend der jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten ohne Malus der einzelnen Arztgruppen der Quartale 1/2005 bis 4/2005 getrennt nach M, F, und R auf die Arztgruppen mit Richtgrößen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die jeweiligen Behandlungsfallzahlen, wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. Ebenso wird für die festzustellende Richtgröße der Anteil des Sprechstundenbedarfs, ermittelt anhand der Kosten für den Sprechstundenbedarf des Jahres 2005 dividiert durch die Fallzahl, als Eurobetrag dem zuvor gebildeten Ausgabenvolumen zugeschlagen. Für die Gruppe der Kinderärzte findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die Gesamtfallzahlen dividiert, so dass eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird. Wegen der unterschiedlichen Schwerpunkte der Internisten fand innerhalb der Richtgrößenberechnung eine Aufgliederung in 4 Arztgruppen statt.

Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Arzneimittelausgabenvolumens für das Jahr 2007, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst **im 1. Quartal** des Jahres 2007 veröffentlicht werden.

Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weitergelten, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 SGB V deren Inhalt festsetzen“ gelten die bisherigen Richtgrößen fort, wenn nicht rechtzeitig Richtgrößen für das Jahr 2007 vereinbart wurden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach dem Günstigkeitsprinzip zu verfahren, d.h. den Arztgruppen, die nach der Neuberechnung eine höhere Richtgröße erhalten, wird diese rückwirkend für das **1. Quartal** des Jahres 2007 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem **1. Quartal** bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2006.

Für das **1. Quartal** des Jahres 2007 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

Für die Quartale 2/2007 bis 4/2007 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2007 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

B. Heilmittelrichtgrößen

- a. Bei der Richtgröße für Heilmittel wird, ausgehend von einem Betrag von 45.543.698 Euro, ein Abschlag von 23,291 % für die Arztgruppen vorgenommen, für die keine Heilmittelrichtgrößen gebildet werden.
- b. Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten erhöht.
- c. Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen der Quartale 1/2005 bis 4/2005 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. Für die Gruppe der Kinderärzte findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die Gesamtfallzahlen dividiert, so daß eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird. Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

Erläuterung:

Da die Richtgrößen für das Kalenderjahr 2007 alle höher sind als die Richtgrößen des Kalenderjahres 2006, ist das Verfahren nach dem Günstigkeitsprinzip nicht anzuwenden. Es gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

C. Anpassung der Richtgrößen

Für den Fall, dass Korrekturen der Rahmenvorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen für das Jahr 2007 zu einem geänderten Ausgabenvolumen für das Jahr 2007 führen, entscheiden die Vertragspartner über eine Neuberechnung der Richtgrößen.

§ 4 Information und Beratung

1. Es erfolgt bei einer Überschreitung des Quartalswertes von mehr als 15 % eine Information durch die Geschäftsstelle des gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses auf der Grundlage der für die Erstellung der Arznei- und Heilmittelkostenstatistik gelieferten Daten.
2. Um eine kontinuierliche Frühinformation über die im Bereich der KV Saarland veranlaßten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel pro Quartal zu gewährleisten, übermitteln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel) an die Geschäftsstelle des gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses. Die Frühinformation soll dem Vertragsarzt dabei helfen, sein Arzneimittelverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen.

§ 5 Durchführung der Richtgrößenprüfung

1. Grundsätzlich finden bei einer Prüfung nach Richtgrößen Prüfungen der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten nicht mehr statt. Sofern Prüfungen nach

Durchschnittswerten zusätzlich zu Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden, werden mögliche Erstattungsbeträge beider Prüfarten miteinander verrechnet.

2. Beratungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 SGB V werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

3. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

4. Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren wird die Richtgröße für Arznei-, und Verbandmittel inkl. Sprechstundenbedarf aus dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Richtgröße der Fachgruppe gebildet. Ist ein Arzt oder mehrere Ärzte einer Fachgruppe ohne Richtgröße beteiligt, gilt der Richtgrößenwert der übrigen in der Praxis/Versorgungszentrum vorhandenen Ärzte mit Richtgrößen als Aufgreifkriterium für die gesamte Praxis unter Berücksichtigung der Gesamtfallzahl. Der Prüfungsausschuss kann im Prüfverfahren bei entsprechenden Feststellungen auch eine davon abweichende Gewichtung der Richtgrößen vornehmen.

5. Bei Beginn oder Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit mitten im Kalenderjahr finden Richtgrößenprüfungen grundsätzlich nicht statt.

§ 6 Änderung der Prüfvereinbarung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die bisherige Prüfvereinbarung aufgrund der in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen um die in Anlage 4 aufgeführten Regelungen ergänzt wird.

Sofern im Jahr 2007 eine neue Prüfvereinbarung in Kraft tritt, ersetzen die dort getroffenen Regelungen diesen Paragraphen sowie die Anlage 4.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2007 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung vom 01.08.2006 bezogen auf die Richtgrößenprüfungen des Jahres 2007 außer Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Axel Benz
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Südwest-Direkt

Frank Spaniol
Vorstand

VdAK/AEV
Landesvertretung Saarland

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Saarbrücken, 26.02..2007

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

Heinz Eichner
Vorstand

Knappschaft
Verwaltungsstelle Saarbrücken

Armin Beck
Verwaltungsdirektor

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Helmut Heinz
Direktor

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2007 (Anlage 1)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,98 €	5,74 €	16,79 €
07	Chirurgen	17,86 €	15,43 €	22,90 €
10	Gynäkologen	19,02 €	19,67 €	35,96 €
13	HNO-Ärzte	12,95 €	12,72 €	7,73 €
16	Hautärzte	26,57 €	22,42 €	27,36 €
19	hausärztlich tätige Internisten	61,27 €	45,35 €	146,63 €
19	fachärztlich tätige Internisten	58,30 €	44,43 €	90,11 €
19	Nephrologen	319,90 €	292,38 €	498,96 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	73,12 €	83,40 €	116,11 €
23	Kinderärzte	28,59 €	28,59 €	28,59 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	96,75 €	81,33 €	111,55 €
44	Orthopäden	11,12 €	8,42 €	16,59 €
56	Urologen	31,91 €	25,91 €	70,70 €
80	Allgemeinärzte	50,41 €	36,59 €	138,30 €

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2007 mit Vorteil - Richtgrößen 4. Quartal 2006 -grau unterlegt- (Anlage 2)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,98 €	5,74 €	16,79 €
07	Chirurgen	17,86 €	15,43 €	23,06 €
10	Gynäkologen	19,02 €	19,67 €	35,96 €
13	HNO-Ärzte	12,95 €	12,72 €	7,73 €
16	Hautärzte	26,57 €	22,42 €	27,36 €
19	hausärztlich tätige Internisten	63,77 €	46,68 €	152,78 €
19	fachärztlich tätige Internisten	58,46 €	45,91 €	92,91 €
19	Nephrologen	322,06 €	292,38 €	498,96 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	73,12 €	83,40 €	116,11 €
23	Kinderärzte	28,59 €	28,59 €	28,59 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	96,75 €	81,33 €	111,55 €
44	Orthopäden	11,46 €	8,70 €	20,89 €
56	Urologen	32,60 €	25,91 €	72,08 €
80	Allgemeinärzte	52,15 €	36,59 €	144,45 €

Richtgrößen für Heilmittel 2007 (Anlage 3)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	9,21 €	5,62 €	12,64 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,69 €	6,70 €	16,58 €
23	Kinderärzte	15,68 €	15,68 €	15,68 €
44	Orthopäden	16,94 €	17,41 €	18,77 €
80	Allgemeinärzte	7,39 €	7,99 €	20,08 €

Anlage 4

Änderung/Ergänzung der Prüfvereinbarung vom 27.12.1993

§ 14 der Prüfvereinbarung wird wie folgt geändert:

Abs. 2 a.F. entfällt

Abs. 2 erhält folgenden Wortlaut:

2) Eine Prüfung findet in den in der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung festgeschriebenen Fällen statt.

3) Sofern eine Prüfung nach Richtgrößen eingeleitet wurde, stellen die Verbände der Krankenkassen die Verordnungsdaten des Vertragsarztes (insgesamt und nach Bereinigung um die Zuzahlung der Versicherten und die Rabatte nach § 130/130a SGB V je Fall entsprechend der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1 auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung; die Vorlage der Rezepte ist dann nicht erforderlich. Im übrigen gilt § 106 Abs.2c SGB V. Bis zu einem bestandskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind die Rezeptformulare bzw. Verordnungsblätter von den Krankenkassen, gegebenenfalls als Images, vorzuhalten.

4) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Gründe für Praxisbesonderheiten darzulegen. Als Praxisbesonderheiten gelten insbesondere die Indikationsgebiete gemäß Anlagen 2 und 3 (ohne die Indikationen 1.12 und 1.13, die ein Zweitmeinungsverfahren vorsehen) der Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Richtgrößen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner wenden die Anlage 2 ungeachtet der Kündigung auf Bundesebene für die dort aufgeführten Wirkstoffe weiterhin zur Bewertung von Praxisbesonderheiten an. Der Prüfungsausschuss hat sämtliche auf die Anlagen 2 und 3 entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung ist ab 01.07.2005 auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel- bzw. Heilmittel-Richtlinien begrenzt.

5) Der Prüfungsausschuss soll vor seinen Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die Ermittlung des Regressbetrages erfolgt analog Anlage 4 der Empfehlung zu Richtgrößen zwischen der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Regresssumme von 1.000,00 Euro zustande kommt.

6) Die einbehaltenen Regressbeträge sind auf die eventuell festgestellte Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens anzurechnen.

7) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 106 Absatz 5a Satz 3 SGB V nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

**Anlage zu § 14 Prüfvereinbarung vom 27.12.1993 i. d. F. der
Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2007**

Die Krankenkassenverbände liefern der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien die in einem Abrechnungsquartal anfallenden Verordnungsdaten einschließlich Reproduktionen der dazugehörigen Verordnungsblätter (Images) für die zu prüfenden Ärzte.

Datensatz für die Verordnungsdaten:

05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	Pic 9(09).
05	JJJMM	Abrechnungsjahr/-monat	Pic 9(06).
05	ARZTNR	Abrechnungsnummer	Pic 9(09).
05	VERO-STAT	Verordnungsstatus	Pic 9(01).
05	VERSI-NR	Versichertennummer	Pic X(12).
05	VERS-STAT	Versichertenstatus	Pic 9(01).
05	BELEG-NR	Belegnummer	Pic X(18).
05	GESAMT-REZ	Gesamtwerte der Verordnung	
	10 BRUTTO	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99
	10 ZUZAHL	Gesamtzuzahlung	Pic 9(06)V99
	10 NETTO*)	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99
05	NAME	Name des Versicherten	Pic X(47).
05	V-NAME	Vorname des Versicherten	Pic X(10).
05	GEB-DATUM	Geb.-Datum d. Versicherten	Pic X(08).
05	ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordn. des Rezeptes	Pic 9(04)
05	MEDIK-PREIS	Maximal 9 Medikamente pro Verordnung	
	10 PZN-NR(1)	Erste PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(1)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99
	10 PZN-NR(...)	Zweite PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(...)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(...)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99
	10 PZN-NR(9)	Dritte PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(9)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99

*) Netto entspricht Brutto-Gesamtbetrag minus Zuzahlung minus Rabatt

Anlage 5

Wirkstoff	Arzneimittelgruppe	ATC
	Statine	C10AA
<i>Simvastatin - Leitsubstanz</i>		C10AA01
Lovastatin		C10AA02
Pravastatin		C10AA03
Fluvastatin		C10AA04
Atorvastatin		C10AA05
Cerivastatin		C10AA06
Rosuvastatin		C10AA07
	Selektive Betablocker	C07AB
Practolol		C07AB01
Metoprolol		C07AB02
Atenolol		C07AB03
Acebutolol		C07AB04
Betaxolol		C07AB05
Bevantolol		C07AB06
<i>Bisoprolol - Leitsubstanz</i>		C07AB07
Celiprolol		C07AB08
Esmolol		C07AB09
Epanolol		C07AB10
S-Antelolol		C07AB11
Nebivolol		C07AB12
Talinolol		C07AB13
	Alpha-Rezeptorenblocker	G04CA
Alfuzosin		G04CA01
<i>Tamsulosin - Leitsubstanz</i>		G04CA02
Terazosin		G04CA03
Doxazosin		G04CA 05
	SSRI	N06AB
Zimeldin		N06AB02
Fluoxetin		N06AB03
<i>Citalopram - Leitsubstanz</i>		N06AB04
Paroxetin		N06AB05
Sertralin		N06AB06
Alaproclat		N06AB07
Fluvoxamin		N06AB08
Etoferidon		N06AB09
Escitalopram		N06AB10
	Bisphosphonate	M05BA
Etidronsäure		M05BA01
<i>Alendronsäure - Leitsubstanz</i>		M05BA04
Ibandronsäure		M05BA06
Risedronsäure		M05BA07
	Triptane	N02CC
<i>Sumatriptan-Leitsubstanz</i>		N02CC01
Naratriptan		N02CC02
Zolmitriptan		N02CC03
Rizatriptan		N02CC04
Almotriptan		N02CC05
Eletriptan		N02CC06
Frovatriptan		N02CC07